

ANNÉE 1941

THÈSE

N° 351

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

M'hamed BEN SALAH

Né le 31 Octobre 1909, à Mahdia (Tunisie)

Pathogénie et Traitements
de " l'Erythème Pernio "

Président : M. le Professeur GOUGEROT

LIBRAIRIE MARCEL VIGNÉ

11 et 13, Rue de l'École de Médecine

PARIS

—
1941

ANNÉE 1941

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

M'hamed BEN SALAH

Né le 31 Octobre 1909, à Mahdia (Tunisie)

Pathogénie et Traitements de " l'Erythème Pernio "

Président : M. le Professeur GOUGEROT

LIBRAIRIE MARCEL VIGNÉ

11 et 13, Rue de l'École de Médecine

PARIS

1941

LE DOYEN BAUDOUIN

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI
Bactériologie	Robert DEBRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie Médicale.	PASTEUR - VALLE- RY - RADOT
Pathologie chirurgicale	MONDOR
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	AUBERTIN
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	N...
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....	LÉVY-VALENSI
Pathologie expérimentale et comparée	Henri BÉNARD
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
Clinique médicale	{ ABRAMI.
	{ FIESSINGER.
	{ LOEPER.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	N...
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encé- phale	LAIGNEL-LAVASTINI
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
Clinique chirurgicale	{ N...
	{ GOSSET.
	{ GREGOIRE.
	{ LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	VELTER
Clinique urologique	CHEVASSU.
Clinique d'accouchements	{ COUVELAIRE.
	{ JEANNIN.
	{ LEVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	HARBVIER.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	N...
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	TROISIER
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte.....	MATHIEU.
Clinique cardiologie	LAUBRY.
	Clovis VINCENT.
Clinique d'Assistance Médico-Sociale	N...
Professeurs sans chaire	{ HAZARD
	{ MULON.
	{ OLIVIER.
	{ SANNIE.
	{ VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale.
 BARIETY Pathologie médicale.
 BERNARD Etienne. Pathologie médicale.
 BEZANÇON Hydrologie.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER Pathologie médicale.
 COSTE Pathologie médicale.
 COGNON Physique.
 DEY Urologie.
 FUNCK Pathologie chirurgicale.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 JE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie chirurgicale.
 JE GENNES Pathologie médicale.
 JIROUD Histologie.
 LAGUENAU Pathologie médicale.
 ALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 LUGUENIN Anatomie pathologique.
 LANNON Hygiène.

MM.

LACOMME Obstétrique.
 LANTUEJOUL Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) ... Pathologie médicale.
 LAVIER Parasitologie.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LELONG Pathologie médicale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 Mlle J. LEVY Pharmacologie.
 LEVY-VALENSI ... Neurologie et Psychiatrie.
 MENEGAUX Pathologie chirurgicale.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOLLARET Pathologie médicale.
 MOULONGUET Pathologie chirurgicale
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 PETIT-DUTAILLIS... Pathologie chirurgicale
 PIEDELIEVRE Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RENARD Ophtalmologie.
 RICHEL Physiologie.
 SENEQUE Pathologie chirurgicale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

LGLAVE Pathologie chirurgicale.
 LUSQUET Pharmacologie.
 HAILLEY-BERT . Physiologie.
 LUENIOT Obstétrique.
 LEITZ-BOYER ... Pathologie chirurgicale
 HUGUENIN Anatomie-Pathol.
 LARDENNOIS ... Pathologie chirurgicale
 NEVEU-LEMAIRE. Parasitologie.
 LE LORIER Obstétrique.
 PIÉDELIEVRE ... Médecine légale.
 VANDESCAL Obstétrique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM.	
ALAJOUANINE ...	Clinique médicale.	BASSET	Clinique chirurgicale.
BRULÉ		BROCQ	
MATHALA		CADENAT	
CHABROL		GATELLIER	
DONZELOT		de GAUDART	
DUVOIR		d'ALLAINES..	
GASTINEL		LEVEUF	
LAROCHE (G.)...		MOULONGUET ...	
LIAN		MOURE	
MOREAU		QUENU	
SÉZARY		FEY	

MM.	
ECALLE	Clinique obstétricale.
METZGER	
PORTES	
VIGNES	

V. — CHARGES DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Eucation physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLE	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

*Dont la mort prématurée m'a privé du
meilleur des amis.*

A MA MERE

En témoignage de mon profond amour.

A MES ONCLES

Trop tôt enlevés.

A MA FIANCEE

*Qui a été pour moi le soutien de tous
les moments.*

A MES FRERES ET SŒURS

A TOUS LES MIENS

A MES AMIS

A Monsieur le Professeur GOUGEROT

Professeur de Clinique
des maladies cutanées et syphilitiques
Membre de l'Académie de Médecine
Officier de la Légion d'Honneur

*Qui m'a fait le grand honneur d'accepter
la présidence de cette thèse.*

A Monsieur le Professeur JAUSION

**Ancien Professeur agrégé du Val-de-Grâce
Médecin-Chef Directeur
des laboratoires de recherches
de l'Hôpital franco-musulman de Paris**

A Monsieur le Docteur NICOLAS

Médecin-Chef de l'Hôpital franco-musulman

A MES MAITRES DE STAGE

Monsieur le Professeur GIRAUD, de Montpellier

Monsieur le Professeur VIRES, de Montpellier

Monsieur le Professeur RIMBAUD, de Montpel-
lier

Monsieur le Professeur MASSABIAUT, de Mont-
pellier

Monsieur le Professeur RICHE, de Montpellier

Monsieur le Professeur NOBECOURT, de Paris

Monsieur le Professeur FIESSINGER, de Paris

Monsieur le Professeur GOUGEROT, de Paris

Monsieur le Professeur TOURAINE, de Paris

Monsieur le Professeur GUILLAIN, de Paris

Monsieur le Professeur TERRIEN, de Paris

Monsieur le Professeur LEMIERRE, de Paris

Monsieur le Professeur FEY, de Paris

Monsieur le Professeur LEMAITRE, de Paris

Monsieur le Professeur CLAUDE, de Paris

Monsieur le Professeur COUVELAIRE, de Paris

Monsieur le Docteur Armand DELILLE, de Paris

INTRODUCTION

L'hiver passé a remis à l'ordre du jour les froidures.

Cette question a fait l'objet de travaux intéressants et de nombreuses communications à la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Dans cette thèse, nous nous proposons l'étude de la forme commune de l'érythème pernio : nous parlerons des diverses formes cliniques ; nous exposerons quelques idées pathogéniques, et nous nous étendrons un peu sur les divers traitements des engelures.

Avant d'entrer dans notre sujet, nous renouvelons nos respectueux remerciements à M. le Professeur GOUGEROT, qui a bien voulu accepter la présidence de cette thèse, et nous exprimons toute notre gratitude à M. le Docteur JAUSION, qui nous a inspiré ce sujet et aidé de ses conseils.

Tous les auteurs sont d'accord pour définir l'érythème pernio comme des « plaques plus ou moins

diffuses, infiltrées, froides, violacées, consécutives au froid, localisées électivement sur les extrémités et accompagnées souvent de troubles sensitifs plus ou moins marqués ».

ASPECT CLINIQUE DE LA FORME COMMUNE

Dans un remarquable article de *La Presse Médicale*, R. RABUT, après avoir défini cette forme habituelle, nous rappelle la « localisation fréquente aux mains », nous parle de l'atteinte — classique — de la face dorsale et des parties latérales des mains et des doigts, et note — comme nous avons pu nous-même le faire dans le service de M. le Docteur JAUSION — la fréquence des lésions sur la face palmaire, la pulpe des doigts, les éminences thénar et hypothénar, et même sur les poignets et la partie antérieure des avant-bras.

« A un degré moindre — dit R. RABUT — les engelures atteignent les extrémités inférieures : peids et leurs différents points, surtout aux doigts et aux talons. Souvent observées au tendon d'Achille et plus rarement au cou de pied, elles peuvent remonter le tiers inférieur de la jambe, sur les faces antérieures ou postérieures... sur les genoux. »

Cette éruption, dite commune ou du premier degré, se caractérise par des lésions limitées, arron-

dies ou ovalaires, diffuses et à contours mal définis.

La couleur varie du rouge vermillon au rouge bleu, et même au violet asphyxique.

La tuméfaction de l'éruption donne à la peau l'aspect lisse et luisant; accusée, elle hypertrophie et déforme les parties atteintes.

Sa pression — quelquefois douloureuse — fait momentanément disparaître l'érythème.

Des phénomènes sensitifs accompagnent constamment cette éruption. Ils sont variables et s'accusent par un brusque changement de température, surtout sous l'influence de la chaleur. Ils sont du type « crampe » — engourdissement — névralgie se propageant le long des membres — prurit intense ou cuisson lancinante (onglée).

L'engelure, soustraite au froid, peut rester érythémateuse et disparaître progressivement en quelques semaines. Mais le plus souvent on voit réapparaître des poussées nouvelles, qui peuvent devenir subintrantes et aboutir à l'ulcération.

On a alors affaire à une engelure ouverte, dite du deuxième degré : la tuméfaction est plus intense, la teinte est encore plus violacée, elle est sous forme de plaques livides.

L'épiderme se soulève et s'ulcère, et la distension de la peau détermine soit des crevasses, soit des phlyctènes.

Les fissures douloureuses, surtout au niveau des plis, et atteignant plus ou moins la surface cutanée, caractérisent les crevasses, qui s'accompagnent de la sécrétion d'un liquide séro-purulent.

Quant aux phlyctènes, tantôt étalées et plates, tantôt volumineuses, globuleuses et tendues, et à contenu séreux ou séro-sanglant, une fois rompues elles laissent apparaître une éxulcération qui peut, soit guérir rapidement, soit au contraire se creuser, devenir fongueuse, torpide, se couvrir de croûtes et se terminer par une cicatrice persistante.

DIVERSES FORMES CLINIQUES

A côté de ces formes habituelles, communes, il existe des aspects atypiques, que le froid de l'hiver 1940-41 fit réapparaître avec une acuité et une abondance tout exceptionnelles; et nous adoptons pour cela la classification si claire et si simple de MM. SEZARY et RABUT.

A. — FORME PONCTUÉE ANGIOMATEUSE signalée en 1891 par DUBREUILH et SABRAZES, caractérisée par :

Papules miliaires, purpuriques, à peine saillantes, infiltrées, presque dures et douloureuses à la pression, qui ne les efface pas. Elles sont soit en petit nombre, sur n'importe quel point des mains, des pieds ou des doigts (surtout la pulpe); soit en efflorescences plus abondantes (éminences thénar ou hypothénar, talons). Elles peuvent conserver cet aspect et disparaître en une à trois semaines, ou se modifier par l'apparition d'une croûte cen-

trale, consécutive à une vésicule ou une pustule, qui tombe en quelques semaines, faisant place à une dépression minime qui disparaît elle-même sans cicatrice.

B. — FORMES A DIMENSIONS LENTICULAIRES.

Dans les cas simples : macules rouges, sous-tendues par un œdème circonscrit qui peut devenir saillant et se transformer en papules, fréquemment centrées d'une petite croûte qui évolue comme précédemment, mais laisse après elle une dépression plus large en cuvette, entourée et sous-tendue par une production kératosique qui gêne au toucher.

C. — FORME A DÉCOLLEMENT ÉPIDERMIQUE.

Il existe un décollement épidermique au centre de la lésion, sous l'aspect d'une tache blanche ou d'une véritable bulle, plate sur toute son étendue et qui contient un liquide séreux ou séro-purulent, dont le centre se dessèche en croûte. Ce décollement est parfois entouré d'une auréole rouge donnant l'aspect en cocarde de l'hydroa, ressemblance déjà notée par BAZIN et HUTCHINSON.

L'épiderme s'exfolie secondairement en deux temps, le plus souvent en commençant par la partie centrale.

Toutes ces formes sont caractérisées par :

Les dimensions restreintes des éléments éruptifs;
Le processus kératosique, et
L'absence d'ulcération.

Il reste à rapprocher de ces formes une forme nodulaire : nodules violacés du volume d'un pois, à base inflammatoire et aux phénomènes douloureux; à régression sans vésiculation ni suppuration par aplatissement progressif de la lésion et une desquamation localisée.

A côté de ces formes, il en existe qui sont diffuses et atypiques, à éruptions étendues, soit :

simplement érythémateuses;

soit papuleuses;

soit bulleuses, atteignant de larges surfaces
et de multiples localisations,

Véritable copie de l'érythème polymorphe, tant par leur morphologie que par leur topographie, et expliquant la thèse de BESNIER, pour lequel les engelures constitueraient une variété — *a frigore* — de l'érythème multiforme.

En plus de ces variétés atypiques, il existe les complications souvent dues à une infection secondaire : troubles inflammatoires et suppurations des bulles et des ulcères simulant parfois les furoncles.

Quelquefois même, dans les formes graves, on voit des pertes de substances considérables entraînant des mutilations des doigts, du nez et des oreil-

les. La chute des ongles a été signalée par HEURTAUX.

L'anesthésie, l'hyperesthésie douloureuse, les troubles trophiques, constituent les complications nerveuses les plus habituelles.

A côté de ces formes atypiques, de ces complications, il existe des associations morbides :

Acroasphyxie avec ou sans le phénomène de la syncope locale;

Adiposité cyanotique sus-malléolaire;

Angiokératome de MIBELLI, que d'aucuns considèrent comme l'aboutissant de l'engelure;

Lupus Chilblain de HUTCHINSON, forme de lupus érythémateux dont l'engelure pourrait être le point de départ.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

Le diagnostic des froidures en général est facile dans leur forme commune; cependant, l'authentification reste parfois embarrassante.

La confusion est possible avec le lupus érythémateux, qui est constitué de plaques arrondies ou ovales de couleur rouge violacé, avec au centre une petite zone déprimée et blanc grisâtre, avec aspect cicatriciel qui n'existe pas dans les engelures.

La ressemblance est parfois frappante avec l'érythème polymorphe, dont la différenciation se fait grâce au mode évolutif de l'engelure, essentiellement lié à la température. (Rappelons que, pour BESNIER, les engelures ne seraient qu'une variété — *a frigore* — de l'érythème polymorphe.)

Nous ne saurions insister sur la différenciation d'avec certains tuberculides — très souvent associés aux engelures — que d'aucuns considèrent comme la forme initiale.

Le diagnostic différentiel devient vraiment malaisé quand il s'agit de le faire dans les formes atypiques.

L'angiokératome de MIBELLI, succédant d'ailleurs habituellement aux engelures, ayant le même siège qu'elles, constitué d'éléments fixes, plus verruqueux et moins indolores, persistant parfois indéfiniment, peut être confondu avec les engelures angiomateuses, ponctuées et kératosiques.

Si ce n'était l'évolution sans stade pustuleux et sans cicatrice, les tuberculides papulo-nécrotiques risqueraient d'être pris pour des engelures miliaires et kératosiques.

Nous avons vu que HUTCHINSON fait de l'engelure le point de départ du lupus Chilblain (lupus érythémateux), qui garde une tendance atrophique à squames grisâtres, crétacées et adhérents, et à évolution chronique.

Dans les formes à infiltrat diffus et de couleur érythrocyanotique ou violacée, le diagnostic différentiel se pose avec l'acrocyanose et l'érythrocyanose ou adiposité cyanotique sus-malléolaire.

Les froidures des pieds, la maladie de RAYNAUD et jusqu'aux pyodermites — quand les engelures s'infectent et s'ulcèrent — risquent toujours d'être prises pour des engelures.

PATHOGENIE ET ETIOLOGIE

De tout temps, l'âge parut jouer un rôle prépondérant dans la genèse des froidures.

Les enfants sont ceux, en effet, qui payent le plus large tribut à l'affection (5 à 15 ans en général). Mais il n'est pas exceptionnel de remarquer des engelures chez des gens âgés, et nous avons eu l'occasion de voir cette année, avec une assez grande fréquence, surtout des femmes atteintes d'engelures.

L'état d'anémie, la faiblesse générale, l'état de lymphatisme (scrofule de Bazin) ne semblent pas rester indifférents à l'éclosion du mal.

Mais il est une lésion vasculaire dont l'importance reste primordiale :

Appelée capillarite thrombosante par les uns, ou troubles circulatoires capillaires importants par les autres, elle est une atteinte circonscrite ou globale de tout le système capillaire superficiel.

Francis BORDET, dans une engelure à forme unilatérale, note la grande différence de l'indice oscillométrique à l'artère humérale, nettement diminuée de moitié du côté malade. TUREL analyse ces syndromes vaso-moteurs élémentaires et distingue :

Une vaso-contriction globale artériolaire et capillaire aboutissant à l'ischémie et à la syncope locale;

Une vaso-dilatation globale, artérielle et capillaire, produisant le réchauffement après l'onglée;

Une vaso-contriction artériolaire avec vaso-dilatation capillaire déterminant cette cyanose des extrémités.

Sur ce syndrome vasculaire primordial viennent se greffer toutes les causes déterminantes :

En premier lieu, le froid, qui augmente la vaso-contriction et détermine les spasmes vasculaires, accentue l'acrocyanose chez des sujets pour la plupart ayant eu déjà des engelures dans leur enfance, aux mains souvent froides et onctueuses.

D'ailleurs, l'érythème pernio se voit surtout à la période froide, quoique quelques malades attendent un temps doux et ensoleillé pour faire des engelures (TOURAINÉ et ROUZAUD) ; et ceci nous conduit à admettre l'existence d'autres facteurs déterminants ou mieux adjuvants à côté du froid.

Humidité; degré hygrométrique; micro-climats de WEISSENBACH réalisant des différences souvent considérables pour des locaux peu éloignés les uns des autres : orientation, état des murs, fenêtres, état du sol; travaux délicats (dactylographie et couture); le contact répété des mains et de l'eau froide, leur état d'humidité; tout paraît jouer un rôle dans la formation de l'érythème pernio.

L'absence de vitamines ou leur carence n'est pas non plus étrangère à ce syndrome :

Vitamine A pour les uns (vitamine se trouvant dans le lait et le beurre). Mais souvent les malades sont peu carencés en cette vitamine;

Vitamine B (CHAMPY, GIROUD et COUJARD);

Vitamine C;

Vitamine D²;

Vitamine PP ou amide nicotinique pour les autres.

Mais nous croyons qu'il ne faut pas exagérer l'importance des avitaminoses, et ce, malgré les résultats quelquefois étonnants obtenus par l'administration de l'un de ces produits. WEISSENBACH, dans une communication à la Société de Dermatologie, semble renier toute action, même adjuvante, à l'hypoalimentation, et pourtant il a remarqué l'effet favorable dans le traitement des engelures par l'administration de vitamines A et D.

Nous parlerons en son temps de l'action bienfaitrice de la vitamine PP dans les engelures.

L'élément endocrinien (troubles ovariens surrénaux ou thyroïdiens) semble aussi, ainsi que l'âge d'évolution et d'involution, présider à l'éclosion de cette affection. Il n'est pas jusqu'à l'ergotisme — dû aux farines de nécessité — qui entretiendrait l'hyperflectivité vaso-motrice — qui n'ait été incriminé (BORDIER).

Nous avons laissé exprès pour la fin le facteur « terrain scrofuleux, quelquefois hérédosyphilitique, mais surtout tuberculeux ».

Le Professeur GUGEROT et ses collaborateurs, dans leur communication à la Société de Dermatologie du 12 décembre 1940, nous apprennent que tous leurs malades avaient des réactions tuberculiniques positives.

A cette même séance, 37 des 47 malades du Professeur JAUSION « ont témoigné, soit d'une cuti-réaction tuberculinique, soit d'une intradermo-réaction glucidique fortement positive; et parmi eux, 14 individus, dont 11 femmes, faisaient la preuve, soit anamnistique, soit clinique, soit radiologique, d'un petit passé bacillaire (séjour en préventorium, pleurésie ou adénopathies anciennes, calcifications hilaires, sommets voilés, sinus comblés, etc.) ». M. le Professeur JAUSION, dans cette même communication,

cite le cas de « M^{lle} D..., chez laquelle les froidures papuleuses à type d'angiokératome, biopsiées après une très forte intradermoréaction glucidique, ont révélé un ensemble de bulles respectivement sous-cornéennes, acantholytiques et sous-épithéliales, alternant avec de rares plages d'hyperkératose, image susceptible d'en imposer pour un érythème exsudatif multiforme. Les lésions régressaient à peine qu'elles faisaient place à des engelures noueuses typiques ».

L'association, d'ailleurs, des tuberculides papulo-nécrotiques avec les engelures n'est pas rare.

Les formes de transition vers le lupus érythémateux ou vers le lupus pernio est classique (BESNIER).

Quant à DARIER, il nous parle dans son « Précis de Dermatologie » des transformations des engelures en lupus érythémateux, et de leur alternance avec des tuberculides papulo-nécrotiques.

En conclusion, nous pouvons dire qu'« aux perturbations hormonales et aux apports diétotoxiques (dus aux substitutions alimentaires par période de restrictions) probablement instaurateurs d'une labilité fonctionnelle des vaisseaux, et sous la sollicitation dernière de l'abaissement de la température extérieure, cause ultime de l'engelure, viendrait s'ajouter conditionnellement la surcharge toxituberculeuse susceptible de maquiller la froidure en véritable lupus érythémateux ou en tout autre tuberculide » (JAUSION).

TRAITEMENTS

Devant cette pathogénie variée et variable, devant une thérapeutique souvent inefficace, nous nous expliquons la multitude des remèdes proposés.

Avant d'entrer dans le détail de la thérapeutique locale et générale, il est bon de rappeler ce que l'on peut toujours faire à bon escient, et souvent efficacement.

Supprimer dans la mesure du possible la cause, c'est-à-dire le froid, en chauffant les appartements froids et humides, et arriver ainsi à obtenir une véritable « *restituo ad integrum* ».

Chez les prédisposés, à terrain scrofuleux, à engelures antérieures et récidivantes : faire laver les mains à une eau aussi chaude que possible, et les faire sécher parfaitement.

Les obliger à porter des gants chauds, des bas de laine doublés de coton si la laine est irritante; des souliers larges ne comprimant pas les pieds.

Leur éviter de se chauffer les mains et les pieds en les exposant directement à la chaleur d'un foyer.

Les aguerrir progressivement au froid.

Les empêcher de rester immobiles.

Si la maladie est au stade érythémateux, on peut toujours retirer le meilleur profit d'une activation de la circulation et d'une lutte contre la stase sanguine par la méthode bikinétique de JACQUET :

Pendant quelques minutes, et plusieurs fois par jour, exécuter des mouvements de flexion et d'extension des doigts et des poignets, les mains étant en élévation.

Si les engelures sont aux pieds, le malade, couché sur le dos, fera des mouvements de flexion des orteils, mouvements de pédale.

Faire suivre cette mobilisation active de frictions à l'alcool camphré ou de badigeonnage à la glycérine iodée.

Traitements locaux :

Bains chauds, très chauds même, et dans une décoction de feuilles de noyer, d'eau oxygénée à 6 volumes (DARIER).

Lotions à l'alcool iodé ou camphré :

Teinture d'iode	{	a à 10
Alcool		
Tanin		2 à 10
Glycérine		100 à 60
(GOUGEROT)		

Alun	{	a à 5 gr.
Borax		
Eau de rose		300 gr.
ou :		(GOUGEROT)
Tanin	{	a à 2 gr.
Résorcine		
Ichtyol		
Glycérine		10 gr.
		(DARIER)

Pommade à l'huile de foie de morue, qui aura pour but d'activer la cicatrisation;

ou liniment oléocalcaire camphré;

ou pommade au collargol ou à l'ichtyol.

S'il existe des démangeaisons vespérales :

Frictions avec

Eau de rose	{	a à 50 gr.
Glycérine		
Tanin		

et poudrage avec

Salicylate Bi	10 gr.
Amidon	90 gr.

(BROCQ)

Si ulcérations et douleurs :

3 fois par jour, badigeonner avec le liniment oléocalcaire opiacé du Codex, ou avec le liniment oléocalcaire phéniqué à 0,50 % (GOUGEROT).

Traitement du terrain scrofulo-lymphatique :

De tous le plus important.

Huile de foie de morue ou stérol irradié.

Sirop iodotannique phosphato-arsénié.

Métharsinate de soude.

Sels de Ca.

Iodure de fer.

Frictions alcooliques.

Bains salés.

Traitement des petits troubles endocriniens par l'opothérapie (thyroïde, ovaires, surrénales).

Et nous arrivons ainsi au traitement que nous avons eu l'occasion de voir utiliser par M. le Professeur JAUSION dans son service de l'Hôpital franco-musulman : la vitamine PP ou amide nicotinique.

« A l'exclusion de tout traitement local, M. le Professeur JAUSION ordonnait de l'amide nicotinique, soit per os, en comprimés de 5 centigrammes (20 cas), soit simultanément par voie digestive et en injections intra-musculaires (27 cas).

« Les injections intra-musculaires d'une ampoule de 10 cgr. ont été pratiquées à raison de 3 par semaine. Nous avons ainsi réalisé de deux à dix injections suivant les sujets. Les comprimés ont été administrés en prises fractionnées, à raison de 4 à 12 par

jour, pendant une, deux ou trois semaines dans le cas le plus général.

« L'état de six de nos patients a toutefois exigé des délais plus longs.

« Pour les malades soumis au traitement mixte, aucune restriction n'a été apportée, les jours d'injection, à la cure buccale.

« 11 patients guérissent en une semaine.

« 14 patients guérissent en trois semaines.

« 3 patients guérissent en quatre semaines.

« 1 patient guérit en cinq semaines.

« 2 patients guérissent en sept semaines.

« Chez ces deux derniers, les lésions étaient du type ulcéro-gangréneux et le B. W. était légèrement positif.

« Pour 24, la régression lésionnelle s'est effectuée, nonobstant la température extérieure, au cours de l'une des deux périodes très froides de l'hiver. »

Et M. JAUSION précise que « la rapidité des cures est fonction de deux facteurs essentiels : bénignité des lésions et dose optima de vitamine PP ».

A force d'expérimentations, il a fini par « ramener à 3 degrés l'échelle de gravité, et en évaluant à 12 comprimés (soit 60 cgr.) la dose optima quotidienne, à conclure à une durée de cure de :

« Une semaine pour les cas légers;

« Deux semaines pour les cas moyens;

« trois semaines pour les cas graves.

« Si l'on fait intervenir les conditions climatiques aggravantes ou favorisantes suivant le moment, il faut, bien entendu, considérer que toute hausse de température accélère la guérison, tandis que toute vague de froid l'entrave. »

M. JAUSION conseille de commencer par 6 comprimés pour continuer, les jours suivants, par 8; 10; 12; quitte à atteindre 14, 16 et 16 encore, dose limite.

« Les intra-musculaires devront venir en surcharge, et seulement si, le sujet s'avérant tolérant, la guérison paraît exigible à bref délai.

« Il est rare d'ailleurs que l'on doive interrompre ou restreindre de telles séries hebdomadaires, et les seuls inconvénients observés résident dans des fourmillements dans les extrémités,

« de fugaces bouffées de céphalées, ou

« de très fortes nausées.

« Quelquefois, une insomnie marquée sans présaillies de fatigue.

« ...D'ordinaire, tout se passe pour le mieux, et le sujet tolère admirablement l'ingestion comme l'injection d'amide nicotinique.

« La guérison?

« Si les formes ulcéreuses et surtout ulcéro-nécrotiques sont les dernières à céder, c'est par contre

l'excavation qui disparaît d'abord par comblement progressif, et d'ordinaire en quinze jours. C'est l'infiltration cyanotique qui s'efface en dernier lieu. Les taches violâtres résiduelles demeurent les ultimes stigmates, mais elles disparaissent intégralement sans laisser de pigmentation cicatricielle. »

En dehors des incidents bénins que la thérapeutique provoque, il est bon d'insister sur les heureux résultats du traitement nicotamidique employé contre les engelures.

Premier cas. — M^{me} M... Madeleine, 26 ans, sténo-dactylo, à la date du 14 janvier 1941.

Engelures à la main gauche surtout, et à la main droite. Début au commencement de décembre.

Forme diffuse avec crises érythromélagiques.

Les hivers précédents : cette femme, à l'âge de 10 ans, fit des engelures, deuxième doigt gauche, et aux pieds, région achilléenne. Guérison en 10 jours après absorption d'huile de foie de morue.

Puis absence de manifestations jusqu'à l'âge de 16 ans (après une scarlatine). Alors, apparition de plaques érythrocyanotiques des jambes.

Depuis, récides minimes tous les hivers.

Actuellement : elle présente des placards bilatéraux d'érythrocyanose sus-malléolaire, avec à gauche une engelure de la région achilléenne et calcanéenne d'apparition toute récente.

Sa radiographie pulmonaire est normale.

Son intradermogluclidine est très positive. Elle est vésiculeuse.

Un traitement à la vitamine PP amena rapidement une amélioration suivie d'une guérison.

Deuxième cas. — T... Henri, 18 ans, auxiliaire des Postes, à la date du 18 janvier 1941.

Engelures multiples des deux pieds à forme sclérotique, avec cerne d'érythème, localisées au dos des phalanges des têtes des deux premiers métatarsiens, au cou de pied gauche et aux régions achilléennes.

Ce malade a déjà présenté une poussée à l'âge de 5 ans. Il présente en outre un petit réveil annuel.

Son intradermogluclidine est fortement positive. Elle est érythémato-papuleuse.

A la radioscopie : hiles calcifiés à droite et marbrures à gauche.

Traitement conjugué à l'amide nicotinique en injections intra-musculaire et per os amène la cédation des symptômes et une guérison rapide.

Troisième cas. — Le... Denise, 16 ans,

Engelures des deux premières articulations métatarso-phalangiennes.

Lésions ulcéro-phlycténulaires de la grandeur d'un ongle de pouce.

Erythrocyanose des deux jambes avec des éléments noueux des deux genoux.

Elle n'a rien aux mains. Elle présente de l'érythrose du visage.

Ses règles sont abondantes. Elle est réglée depuis l'âge de 10 ans.

Sa réaction à la glucidine est négative.

Son B. W. est négatif.

Son image thoracique est normale.

Un traitement nicotinique eut raison de ses engelures.

Mais la non-récidive, la guérison totale des malades déjà soignés l'hiver passé, ou les futures guérisons lors des saisons froides à venir, nous permet-

tront d'apprécier à sa juste valeur cette nouvelle arme contre les engelures.

Avant de terminer, je veux, pour mémoire, rappeler ce que MM. LEFÈVRE et DUBARY, lors d'une communication à la Société Française de Syphiligraphie et de Dermatologie, nous apprirent sur le traitement des engelures par la fluorescine.

Ils traitèrent en effet 20 cas d'engelures par des injections intra-veineuses d'une solution de fluorescine à 5 % à la dose de 2 à 10 cm³ tous les 2 jours, et constatèrent la sédation immédiate du prurit, suivi d'abord d'une amélioration et ensuite de la guérison des lésions sans récidives.

Rappelons que la vitamine C (acide ascorbique), à raison de 2 à 4 comprimés de 5 mgr. par jour, a été employée avec succès.

On nous apprend en dernier lieu que la vitamine D², per os, en dose unique, massive (45 mgr.), influence favorablement les engelures les plus rebelles.

Enfin, tous les agents physiques ont été utilisés : diathermie, rayons infra-rouges, ondes courtes et même radiothérapie, avec plus ou moins de succès.

Le recul, malheureusement, manque pour nous permettre de comparer l'heureux effet de ces différents médicaments.

Disons toutefois que la lutte contre le froid et l'humidité, avec amélioration de l'état général, reste notre principale arme contre les froidures, et réjouissons-nous d'avoir à notre disposition un arsenal varié, souvent efficace, de médications adjuvantes.

CONCLUSIONS

Cet hiver 1940-1941 particulièrement rigoureux nous a permis de constater avec une fréquence accrue : ces rougeurs violacées, situées surtout au niveau des mains, bord cubital, doigts, orteils, talons et même oreilles et nez, froides, plus ou moins diffuses et infiltrées et désignées sous le nom d'érythème pernio ou engelure (froidures de GOUGEROT).

Nous avons, tout le long de notre exposé, analysé les deux degrés de la forme commune de cet érythème :

Tuméfaction rouge ou violacée plus prurigineuse ou douloureuse, dite de premier degré.

Tuméfaction « ouverte » excoriée, ulcérée et souvent surinfectée, très douloureuse, dite de deuxième degré, et nous avons vu combien sont variées les formes atypiques :

Ponctuées et lenticulaires;

Kératosiques;

En cocarde, rappelant l'érythème polymorphe,

Aucune maladie ne se vit attribuer autant de causes occasionnelles :

Froid, humidité;

Saison, sexe (femmes surtout) ;

Age (surtout enfants et adolescents) ;

Age d'évolution et d'involution ;

Elément endocrinien (ovaire, thyroïde) ;

Hypoalimentation ;

Avitaminoses.

La coexistence des adénopathies, l'habitus scrofuleux, les réactions positives à la tuberculine et à la glucidine tuberculeuse, conduisirent même certains auteurs à classer les engelures parmi les manifestations tuberculeuses atténuées, et d'autres à attribuer à la tuberculose un rôle prédisposant.

Et l'on comprend ainsi l'importance de la notion du terrain, anémie, lymphatisme, hypotension artérielle, troubles endocriniens végétatifs, acroasphyxie fragilité capillaire cutanée.

Tout a un rôle, et ce n'est pas sans raisons que RABUT définit histopathologiquement l'érythème pernio « une capillarite thrombosante ».

Simple à diagnostiquer dans sa forme commune, l'érythème pernio offre quelques difficultés quant à son authentification dans ses formes compliquées :

Lupus érythémateux, érythème polymorphe, certaines tuberculides acrocyanoses, maladie de RAYNAUD, tout prête à confusion, jusqu'aux pyodermites quand les engelures sont infectées et ulcérées.

Variable dans ses causes, l'érythème pernio reste varié dans sa thérapeutique.

Seule sa prophylaxie est simple et efficace :

- Gants, bas de laine;
- Lutte contre le froid;
- Marche;
- Mobilisation active des doigts;
- Alimentation peu carencé;

Sans négliger les soins locaux, si utiles :

- Lutte contre froid et humidité;
- Lutte contre prurit;
- Rayons ultra-violets, et ondes courtes.

Nous rappelons combien les soins généraux nous restent utiles et efficaces :

- Sirop iodotannique;
- Opothérapie;
- Antigène méthylique;
- Huile de foie de morue (vitamine A et D) ;
- Vitamine B;
- Vitamine C (acide ascorbique) ;

et surtout la vitamine PP (amide nicotinique) qui, dans les récents travaux du Professeur JAUSION, nous montra combien elle pouvait être efficace, sans oublier les dernières venues : la fluoresceine et la vitamine D².

Vu : *Le Doyen,*
BAUDOUIN.

Vu : *Le Président,*
GOUGEROT.

Vu et permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Université de Paris,
MAURAIN.

BIBLIOGRAPHIE

GOUGEROT. — Dermatologie en clientèle.

GOUGEROT, DEGOS, CARTEAUD, VIAL et TETREAU. — Froidures papuleuses miliaires et lenticulaires ou à type d'érythème polymorphe avec ou sans engelure. (Discussions nosologiques et étiologiques. *Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie*, séance du 12 décembre 1940.)

BESNIER (E.) et DOYON (A.). — Traduction et annotation des leçons sur les maladies de la peau, par Kaposi.

DARIER. — Précis de dermatologie.

SEZARY et RABUT (R.). — Erythèmes pernios. (*Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie*, séance du 12 décembre 1940.)

TOURAINÉ et ROUZAUD. — Acrodermatite ponctuée kératogène. (*Soc. Franç. de Dermat. et Syph.*, séance du 12 décembre 1940.)

- WEISSENBACH. — A propos de l'érythème pernio papuleux, dit encore engelures papuleuses ou froidures papuleuses. (*Soc. Fr. de Dermat. et Syph.*, séance du 12 décembre 1940.)
- JAUSION, SOMIA et MEUNIER. — Traitement des engelures par vitamines PP. (*Soc. Fr. de Dermat. et Syph.*, séance du 12 décembre 1940.)
- JAUSION (S. et M.). — Engelures et syndromes circulatoires. (*Soc. Fr. de Dermat. et Syph.*, séance du 12 décembre 1940.)
- LEREBOULLET. — Acrodynie infantile. (*Progrès Médical*, Art. 4 et 18 janvier 1941.)
- DEBRÉ (Robert) et M^{me} VEROT. — *Annales Pédiatrie*, février 1939.
- BORDET (Francis). — A propos des engelures type 40-41. (*Presse Médicale*, 5-8 mars 1941.)
- VALETTE (B.). — Pourquoi les engelures sont-elles plus fréquentes cet hiver? (*Paris Médical*, 28 décembre 1940.)
- L. C. — Traitement des engelures. (*Gazette des Hôpitaux*, 1^{er}-4 janvier 1941.)
- RABUT (R.). — Engelures. (*Presse Médicale*, 1^{er}-4 janvier 1941.)
- DUBREUILH et SABRAZES. — De quelques formes anormales des engelures. (*Société de Dermat.*, juin 1891.)

- LEGROUX. — Asphyxie locale des extrémités, ses rapports avec les engelures. (*Société de Dermat.*, janvier 1892.)
- BOUCHEZ. — Contribution à l'étude de l'asphyxie locale des extrémités, ses rapports avec les engelures. (*Thèse de Paris*, 1892.)
- DARIER, SABOURAUD, GOUGEROT, MILIAN, PAUTRIER, RAVAUT, SEZARY, CLÉMENT SIMON. — Nouvelle pratique dermatologique.
- HAUTAUX. — Dictionnaire de médecine et chirurgie pratiques.
- THEDENAT. — Des engelures. (*Thèse d'agrégation*. Paris, 1880.)
- LEFÈVRE et DUBARRY. — Traitement des engelures par la fluoresceine. (*Soc. Fr. de Derm. et Syph.*, 13 mars 1941.)
- COMEL. — Etudes cliniques sur l'acrorigose. (*Giornale italiano di Dermatologia et Sifilologia*, vol. 78, fasc. 4, août 1937, L. 603.)
- GIRARDIER. — Thérapeutiques sympathiques dans les engelures.
- MALHERBE. — Les engelures de la face et des mains. Considérations pathogéniques et traitement physiologique. (*Bul. Médical*, 12 avril 1941.)
- MESTORI. — A propos du traitement des engelures. (*Presse Médicale*, février 1941.)

